برنارد ريملانـد Bernard Rimland
ستيفين إديلسون Stephen M. Edelson

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

Autism Treatment Evaluation Checklist

ATEC

كراســــة التعليمـــات

ترجمة وتعريب
أ.د./ عادل عبدالله محمد
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

دار الرشاد

برنارد ريملاند Bernard Rimland
ستيفين إديلسون Stephen M. Edelson

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

Autism Treatment Evaluation Checklist

ATEC

كراســــة التعليمــــات

ترجمة وتعريب

أ.د./ عادل عبدالله محمد

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

دار الرشاد

الناشـــــر : **دار الرشـــاد**
العنـــــوان : ١٤ شارع جواد حسنى ـ القاهرة
تليفـــــون : ٣٩٣٤٦٠٥
رقـم الإيـداع : ٢٠٠٥/٢٢٦٠١
الترقيم الدولى : 9 - 046 - 364 - 977
طبـــــع : **عربية للطباعة والنشر**
العنـــــوان : ٧ ، ١٠ ش السلام ـ أرض اللواء ـ المهندسين
تليفـــــون : ٣٢٥٦٠٩٨ـ٣٢٥١٠٤٣

الطبعة الأولى : ١٤٢٦ هـ ـ ٢٠٠٦ م

مقدمـــــة

يعد اضطراب التوحد في الواقع بمثابة اضطراب عقلي واجتماعي في جوهره، كما أنه يعتبر في الوقت ذاته اضطراباً نمائياً عاماً أو منتشراً يصيب الطفل قبل أن يصل إلى الثالثة من عمره، ويؤثر سلباً على العديد من جوانب نموه المختلفة. ويعتبر تشخيص هذا الاضطراب مسألة ليست هينة، بل إنها عادة ما تمثل مسألة غاية في الصعوبة يشارك فيها فريق متكامل ولا يشترك فيها شخص واحد فقط . وقد كان من الصعب الوصول إلى تشخيص لهذا الطفل أو التعرف عليه وتحديده قبل أن يصل الثالثة من عمره، إلا أن الدراسات الحديثة قد أثبتت أنه من الممكن التعرف على الطفل التوحدي قبل أن يصل إلى هذا العمر الزمني حيث أصبح بالإمكان تحديد خصائص معينة تميز الطفل في نصف العام الأول من عمره فضلاً عن مجموعة أخرى من الخصائص تميزه خلال نصف العام الثاني من حياته وهو الأمر الذي يسهم كثيراً في الاكتشاف المبكر جداً لتلك الحالات، إلا أن الأمر يظل مع ذلك في حاجة إلى أن ينطبق على الطفل ذلك القدر المطلوب من المحكات التي أوردها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (1994) .

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من المقاييس التي تم تصميمها كي نقوم من خلالها بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال والتي تقوم في الأساس على تلك الخصائص السلوكية التي يتسم بها الطفل التوحدي. ويقوم أحد الوالدين، أو الأخصائي النفسي، أو أحد المعلمين وثيقي الصلة بالطفل بالإجابة عن هذا المقياس من خلال معرفته بالطفل، وملاحظاته المستمرة لما يبدر عنه من سلوكيات مختلفة. ويعتمد بعض هذه المقاييس على الدرجة الخام التي يحصل الطفل عليها فيها في حين يعتمد بعضها الآخر على تحويل هذه

الدرجة الخام إلى درجة معيارية من ناحية أو إلى نسبة مئوية ورتبة ميئينية من ناحية أخرى حتى يتم التعرف على وضع الطفل بالنسبة لأقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية في هذا الجانب .

اضطراب التوحـــد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder تظهر آثاره في العديد من الجوانب الأخرى للنمو وتنعكس عليها، كما أن هذه الآثار تبدو على هيئة سلوكيات تدل على قصور من جانب الطفل. وتشير باتريشيا هاولين (1997) .Howlin, P إلى أن اضطراب التوحد عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة general intellectual disabilities التي يزداد معدل انتشارها بين البنين قياساً بالبنات إذ تصل النسبة بينهما 4 : 1 حيث نجد أن ما يزيد عن 90 % تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة أسبرجر Asperger`s syndrome والتي تعتبر أحد أنماط اضطراب طيف التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوي الذكاء العادي أو المرتفع فقط، وربما المرتفع جداً، وأنها نادراً جداً ما تصيب طفلاً تقل نسبة ذكائه عن المستوى المتوسط.

ومن الأمور الثابتة التي ترتبط بهذا الاضطراب أن معدل انتشاره يعتبر في تزايد مطرد وهو الأمر الذي جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية وكبيرة في انتشاره، وربما ترجع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلى الفهم الواعي والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب من جانبنا في الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك إلى بداية اكتشافه على يدي ليو كانر Kanner, Leo عام 1943 ثم إلى بداية ظهوره في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذي يكتب اختصاراً DSM وذلك منذ عام 1980 وما بعدها، وكيف كنا ننظر إليه بداية من اعتباره نمط من فصام الطفولة إلى اعتباره اضطراب سلوكي، ثم اعتباره أخيراً مع ظهور الطبعة

الرابعة من الدليل التشخيصي السابق DSM- IV وذلك في عام 1994 اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي، وأن آثاره تنعكس بشكل واضح على سلوكيات الطفل فسوف نجد أن الكثير جداً من تلك الحالات التي لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب توحدي سوف يتغير أمرها إذا ما أعدنا تصنيفها وتشخيصها من جديد إذ سنجد أن نسبة انتشاره كان لا بد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت لولا عدم معرفتنا الكافية بطبيعة ذلك الاضطراب مما حدا بنا إلى تشخيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أما الآن فإن معرفتنا الدقيقة بالاضطراب قد جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة وهو الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية فبدت أعلى بكثير مما كانت عليه من قبل وهو ما جعله ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي وذلك وفقاً لنسب انتشار مثل هذه الأنماط من الإعاقات العقلية. ويضيف عادل عبدالله (2002) أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين باضطراب التوحد يعتبرون هذا الاضطراب بموجبه أو يرونه في أساسه على أنه اضطراب معرفي واجتماعي في ذات الوقت.

الملامح الأساسية المميزة للاضطراب

يحدد فولكمار Volkmar (1996) تلك الملامح التي تميز هذا الاضطراب في ثلاثة مظاهر أساسية هي :

1 - حدوث قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي
2 - حدوث خلل شديد في عملية التواصل .
3 - حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

ومما لاشك فيه أن العمر الزمني الذي يحدث فيه هذا الاضطراب والذي يكون في الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الآخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم. ومن هذا المنطلق يوضح كل من بوردين وأولنديك (Bordin &Ollendick (1992 بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا

الاضطراب فيريان أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي :

أولا : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل في النصف الثاني من العام الأول من عمره .

ويمكن أن نتناول ذلك بشيء من التفصيل على النحو التالي :

أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من العمر :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى التالية لولادته مباشرة،أي خلال الشهور الستة الأولى من عمره، من أهمها ما يلي:

1- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.

2- لا يبالي بمسالة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.

3- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.

4- كذلك فهو لا يبكى إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.

5- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال تلك الفترة من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.

6- يكون خلال هذه الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .

7- لا يبتسم إلا نادراً.

8- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.

9- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة .

10- عادة لا يأتي الطفل بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة.

11- لا يبدى ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من العمر :

مما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا الصدد العديد من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره. وهذه الأعراض أو السمات هي :

1- لا يبدى الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
2- لا يبدى الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شئ أمامه.
3- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
4- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

ويؤكد ستون وآخرون Stone et.al. (1999) أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك توضح أنه من خلال إتباع عدد من الإجراءات والخطوات يمكننا التوصل إلى تشخيص للاضطراب قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره. وهذه الإجراءات والخطوات هي:

1- إتباع تلك الخطوط العريضة التي تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام الأول من عمره سواء في النصف الأول، أو النصف الثاني منه.
2- التعرف على أوجه القصور في الجانب الاجتماعي التي يتسم بها الطفل وتحديدها سواء كان ذلك في أي جانب من الجوانب التالية :
   أ - التفاعل الاجتماعي.
   ب- العلاقات الاجتماعية.
   جـ- السلوك الاجتماعي.
   د - الألعاب المتنوعة.
   هـ - القصور أو التأخر في اللغة المنطوقة.
   و - السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية التي يأتي بها الطفل .
   ز - اهتماماته الضيقة.
   ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء.

وغالبا ما يكون والدو الأطفال التوحديين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية. ولا يخفى علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية في بيئتهم لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحديين يقتربون من العالم بطريقة فطرية غريزية. ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيجة ما يبدونه من عدم الاهتمام بوجود الأم، أو متابعتها بصرياً، كما تجتاحهم رغبة ملحة للحفاظ على الرتابة والروتين في البيئة المحيطة، والإبقاء عليها كما هي دون إحداث أي نوع من التغيير فيها، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهزهزة، والدوران السريع، والضرب بالذراع بعنف . كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات المدمرة كضرب الرأس أو اليد في الحائط، أو في أي شئ ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعض نفسه، أو يؤذى ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصري مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه.

ويضيف نيوسوم وهوفانيتز Newsom &Hovanitz (1997) أن هؤلاء الأطفال ينجذبون إلى الأشياء غير الحية، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير، أو قطعة من رباط حذاء، أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (1995) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال ينغمسون إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة مبادراتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلفين عقلياً حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذي يجعلهم يؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن جانب آخر ففي إصدار حديث عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية Detroit Medical Center (1998) حول طبيعة ذلك الاضطراب يتضح أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتوحد autism أو اضطراب التوحد لا يزال السبب الحقيقي المسئول عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدي لا تتطور لديه

شخصية سوية أو مهارات تفاعلية. وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، كما أن هناك قصوراً يميز الأطفال التوحديين وذلك في عدد من المجالات التي تتمثل فيما يلي :

1- مجالات العلاقات الاجتماعية .
2- السلوك .
3- اللغة والتواصل .
4- اللعب .
5- العمليات الحسية والادراكية .

وغني عن البيان أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور واضح في معدل نموهم المعرفي، وفي قدراتهم المعرفية المختلفة . كما أنهم من جانب آخر يعانون من قصور واضح في مجالات أخرى تعد بمثابة ثوابت أساسية يمكن أن نعرف هذا الاضطراب من خلالها، كما يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

(1) قصور في نموهم الاجتماعي :

يتمثل هذا القصور من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب في وجود صعوبات ومشكلات اجتماعية عديدة من جانبهم فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي عامة لدرجة تجعله يمثل في أساسه مشكلة اجتماعية. وتعتبر الصعوبات التي تواجههم في هذا الجانب كثيرة ومتعددة منها ما يلي :

1- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة.
2- قصور الانتباه المشترك من جانبهم.
3- عدم قدرتهم على التعاطف مع الآخرين.
4- صعوبة فهم القواعد الاجتماعية من جانبهم.
5- عجزهم عن الارتباط بالأقران.
6- عدم قدرتهم على التواصل البصري .
7- عدم قدرتهم على فهم تعبيرات الوجه.

(2) قصور في التواصل مع الآخرين :

يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور في التواصل سواء لفظياً أو غير لفظي حيث أن هناك 50 % منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالي لا يكون بمقدورهم استخدام اللغة في الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فإنها تعاني من قصور واضح في نمو اللغة لديهم حيث يتأخر ذلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بإمكانهم استخدامها في سياق لغوي صحيح كي تدل على معناها الذي نعرفه نحن، أي أنهم لا يستخدمونها بشكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة في النطق. articulation disorders

ومن ناحية أخرى فإن لغتهم التعبيرية expressive language تتسم بالتكرار، والترديد المرضي للكلام echolalia ، والنطق النمطي لتلك الكلمات التي يعرفونها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أي عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم، وإبدال الضمائر، كما أن نغمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونا غير عاديين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادي للإيماءات. كذلك فإن لغتهم الداخلية internal language أي قدرتهم على التظاهر أو اللعب التخيلي تمثل جانباً آخر من جوانب القصور التي يعانون منها. أما قدرتهم على الفهم والاستيعاب من جانب آخر فهي محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك المفاهيم المجردة.

(3) اهتمامات وميول وسلوكيات مقيدة وتكرارية :

وفيما يتعلق باهتماماتهم وسلوكياتهم المقيدة والتكرارية فهي تتضح في أمثلة عديدة من بينها أن أنماط لعبهم تكون تكرارية ونمطية، وأنهم يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم، ويضعونها في صف. كذلك فمن أهم الأمور التي تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها، والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أي تغير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا التغير بسيطاً، والإصرار على التمسك بروتين صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة.

وعلى الرغم من أن جميع الأطفال التوحديين يعانون من جوانب القصور تلك التي عرضنا لها فإن تلك المشكلات التي تصادفهم في كل منها تتوقف على مستوى ذكائهم، كما قد تتوقف على عمرهم الزمني إلى حد ما حيث أنه مع زيادة مستوى الذكاء، وزيادة العمر الزمني يزداد احتمال استخدام الطفل للكلمات المختلفة، ودخوله في تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، والانشغال باهتمامات خاصة، وتجميع الحقائق بدلاً من تجميع الأشياء. ومع ذلك يبقى الطفل مع زيادة عمره الزمني ووصوله إلى مرحلة المراهقة وما بعدها معتمداً بشدة على أسرته، وتظل له احتياجاته الخاصة التي تتطلب العديد من التواؤمات في البيئة المحيطة وذلك على العكس من أقرانهم ذوي متلازمة أسبرجر والذين يكون مستوى ذكائهم كما يرى عادل عبدالله (2004) على الأقل في المستوى المتوسط، كما يكون مستوى ذكاء بعضهم الآخر مرتفعاً، وربما يكون مرتفعاً جداً مع العلم بأن بعضهم يكون موهوباً في مجال أو أكثر من المجالات المختلفة للموهبة.

وجدير بالذكر أن التدخلات المختلفة وخاصة التدخلات الطبية أو الغذائية التي تتعلق بتحديد نظام غذائي معين يكون أثرها محدوداً، أما التدخلات الأخرى والتي تكون سلوكية في الغالب كما يرى عادل عبدالله (2002) حتى مع استخدام المثيرات البصرية التي تسير وفق الاتجاهات الحديثة في هذا الصدد وفي مقدمتها جداول النشاط المصورة فإن نتائجها تتوقف على مستوى ذكاء الطفل وترتبط به في علاقة إيجابية. ولكن برامج التدخل المبكر early intervention تسهم في الحد بدرجة كبيرة من تلك المشكلات المتباينة التي يعاني الطفل منها فتنعكس آثارها على الأسرة أيضاً حيث أن عدم التعامل بفاعلية مع تلك المشكلات يقلب حياة الأسرة رأساً على عقب، ويجعلها لا تطاق، كما أن النجاح في التعامل معها من خلال تلك البرامج ييسر التفاعل بين أعضاء الأسرة، ويساعدهم في التغلب على ما يصادفهم من مشكلات يسببها الطفل.

وعلى ذلك يذهب دورمان وليفيفر (1999) Dorman &Lefever إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب طيفي spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح بين

البسيطة إلى الحادة. وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد يمكن تعريفه من خلال مجموعة معينة من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدوا أي مجموعة من تلك السلوكيات بأي درجة من الحدة. كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل يختلف كثيرا عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالدين، والتاريخ النمائي للطفل على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار. وقد يبدو بعض الأطفال التوحديين منذ الوهلة الأولى وكأن لديهم تخلفاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات في السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لديهم بالفعل، وهنا تتزامن مع اضطراب التوحد حيث قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأي منها. ولكن يبدو من المهم أن نميز بين اضطراب التوحد وبين مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجي أو التربوي المناسب لكل حالة.

ومن الملاحظ أن سلوكهم تغلب عليه سمات معينة يمكن أن تميزه من بينها ما يلي :

أ - التبلد الانفعالي .

ب- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية .

جـ- سهولة الانقياد.

د - سرعة الاستهواء.

هـ - الشعور بالدونية.

و - الشعور بالإحباط.

ز - ضعف الثقة بالنفس.

ومن الأكثر احتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم تعد بمثابة ذلك الأمر الذي يؤدى بهم إلى السلوك العدواني سواء تمثل ذلك في إيذاء الذات، أو الآخرين، أو تحطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤدى بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى، أو السلوكيات المضادة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدواني بأبعاده المختلفة.

وصف القائمة

تعرف هذه القائمة باسم قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد، وقد أعدها في الأساس ريملاند وإديلسون Rimland &Edelson بمعهد بحوث اضطراب التوحد في سان دييجو San Diego بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك لقياس تلك التغيرات التي تحدث للأطفال التوحديين على أثر تلقيهم أي برامج علاجية وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في التعرف على أثر مثل هذه البرامج وفعاليتها في الحد من أعراض هذا الاضطراب وذلك من خلال تطبيقها مرة واحدة شهرياً أو خلال فترة زمنية تتراوح بين أسبوعين إلى شهر كامل وتحديد التغيرات التي يمكن أن تكون قد حدثت للطفل بين كل تطبيقين متتاليين خلال تلك الفترة التي يتلقى فيها البرنامج العلاجي أو برنامج التدخل ويخضع له. وتتسم هذه القائمة بإجراءاتها البسيطة التي يمكن من خلالها جمع الدرجات التي يحصل الطفل عليها في المقاييس الفرعية المتضمنة والتعامل معها كذلك أو من خلال الدرجة الكلية التي يتم الحصول عليها عن طريق جمع درجات الطفل في تلك المقاييس الفرعية . ومع ذلك نلاحظ أن الهدف من هذه القائمة لا يقف مطلقاً عند ذلك حيث أنه رغم أن الهدف الأساسي من تصميمها إنما يتمثل في الأصل في تقييم فعالية أساليب التدخل أو العلاج المختلفة للأشخاص التوحديين فإنه قد ثبت في واقع الأمر جدواها أيضاً للعديد من الأغراض الأخرى التي يعتبر تشخيص هذا الاضطراب من أهمها، وبالتالي يمكن أن تستخدم هذه القائمة في سبيل تحقيق العديد من الأغراض من أهمها ما يلي :

1- تشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال .
2- التعرف على مدى حدة أو شدة السلوكيات التوحدية التي تصدر عن الطفل .
3- تقييم مدى التقدم الذي يمكن أن يكون الطفل قد أحرزه حال خضوعه لأسلوب علاجي معين حتى يمكن استغلال ما تبقى لديه من قدرات ومهارات مختلفة .
4- تحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة أو الأساليب العلاجية التي يمكن أن نستخدمها مع هؤلاء الأطفال .

ومن هذا المنطلق تعد هذه القائمة ذات فائدة وقيمة كبيرة كأداة تشخيصية حيث يمكن استخدامها في سبيل تمييز الأطفال التوحديين عن أقرانهم العاديين أو غير التوحديين وأقرانهم الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، أو اضطراب الانتباه دون نشاط حركي مفرط، أو عسر القراءة، أو التخلف العقلي، أو ما إلى ذلك .

وتتألف هذه القائمة من أربعة مقاييس فرعية على النحو المبين يقوم أحد الوالدين، أو الأخصائي النفسي، أو أحد المعلمين وثيقي الصلة بالطفل بالاستجابة عليها من واقع خبرتهم بالطفل ومعرفتهم به وملاحظتهم لما يصدر عنه من سلوكيات مختلفة. وتتمثل هذه المقاييس الفرعية فيما يلي :

أ- التواصل اللفظي (اللغة والحديث).

ب- الاجتماعيـــــــــــــــــــــــــــة.

جـ- الإدراك أو الوعي الحسي/ المعرفي.

د- المشكلات الصحية والحالة الجسمية.

ويتألف المقياس الفرعي الأول من 14 عبارة، والثاني من 20 عبارة، أما الثالث فيتألف من 18 عبارة، والرابع من 25 عبارة ليصبح إجمالي عدد عبارات القائمة بذلك 77 عبارة يتم تقييم كل منها وفقاً لمدى انطباقها على الطفل كما يراه المستجيب ويحدده، ومن ثم يتم استخدام تلك المقاييس الفرعية كدليل يساعده في ذلك بحيث يوجد أمام كل عبارة في المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى ثلاثة اختيارات تدل في الواقع على مدى انطباقها عليه هي (تنطبق تماماً- تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق إطلاقاً) تحصل على الدرجات (2- 1- صفر) على التوالي باستثناء المقياس الفرعي الثالث (الإدراك أو الوعي الحسي/ المعرفي) حيث يتبع عكس هذا التدريج (صفر- 1- 2) على التوالي فيتراوح بذلك إجمالي درجات المقياس الفرعي الأول بين صفر- 28 درجة، والثاني بين صفر- 40 درجة، والثالث بين صفر- 36 درجة. ويصبح على المستجيب آنذاك أن يحدد مدى انطباق كل عبارة على الطفل وفقاً لما يراه ويدركه بالنسبة للطفل . أما فيما يتعلق

بالمقياس الفرعي الرابع فتوجد أربعة اختيارات أمام كل عبارة من تلك العبارات التي يتضمنها تتمثل في الاختيارات التالية (تنطبق تماماً- تنطبق في الغالب - تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق إطلاقاً) تحصل على الدرجات (3- 2- 1- صفر) على التوالي ليتراوح إجمالي درجاته بين صفر - 75 درجة. ويقوم المستجيب بوضع علامة (√) أمام العبارة في الخانة التي يرى أنها هي التي تعبر بدقة عن سلوك الطفل وفقاً لملاحظاته المستمرة لما يصدر عنه من سلوكيات في الظروف العادية أي في غالبية المواقف، ومع غالبية الأفراد الذين يألفهم، وعند مشاركته في الأنشطة اليومية المعتادة. كما يجب عليه ألا يترك أي عبارة دون أن يضع أمامها علامة (√) علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المهم أن تعبر الإجابة فعلاً بشكل دقيق عن سلوك الطفل واستجاباته. وبذلك يتضح أن إجمالي الدرجة الكلية للمقياس ككل يتراوح بين صفر - 179 درجة تدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع من الاضطراب من جانب الفرد، والعكس صحيح حيث يقل معدل الاضطراب وشدته كلما قلت الدرجة الكلية الدالة عليه والتي تدل أيضاً على شدة السلوكيات التوحدية التي تصدر عنه.

الخصائص المميزة للقائمة

تتميز هذه القائمة كمقياس في واقع الأمر بالعديد من الخصائص التي يكون من شأنها أن تميزها عن غيرها من المقاييس الأخرى التي يمكن أن يتم استخدامها واللجوء إليها في إطار هذا الموضوع وذلك في سبيل تحقيق نفس الهدف الذي تسعى هذه القائمة إلى تحقيقه وهو تشخيص الأطفال التوحديين حيث نجد أن من شأن هذه الخصائص أن تجعلنا نصل عن طريق تلك القائمة إلى تشخيص دقيق لأولئك الأفراد . ويمكن أن نعرض لتلك الخصائص على النحو التالي :

أ- وصف القائمة والهدف منها :

تعد هذه القائمة كمقياس على درجة كبيرة من المعيارية وهو الأمر الذي ينعكس من خلال تقنينها. كما أنها تهدف في المقام الأول إلى التعرف على أثر العلاجات المختلفة

على أعراض اضطراب التوحد وهو الأمر الذي لم يتوفر في أي مقياس آخر. كما أنها تهدف أيضاً إلى تشخيص أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب حتى يتم تقديم التدخل المناسب لهم والتعرف على مدى فعاليته في هذا الإطار. كذلك فإن هذه القائمة تزودنا بمعلومات مرجعية المعيار أو المحك يمكن أن تسهم في تشخيص اضطراب التوحد بين مختلف الأطفال .

ب- اختيار العبارات :

ترتكز العبارات التي يتضمنها هذا المقياس على تلك التعريفات التي تتناول اضطراب التوحد والتي قدمتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد Autism Society (1994) of America من جهة والجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association من جهة أخرى وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (1994). DSM- IV

جـ- البيانات المعيارية :

قام معدا المقياس بتطبيقه على عينة معيارية قوامها 1358 فرداً توحدياً ووضعوا له رتباً مئينية كمعايير يمكن من خلالها إجراء المقارنة بين الطفل وأقرانه مؤكدين على أن التعامل من خلال هذه القائمة يتم من خلال الدرجة الخام التي يحصل الفرد عليها سواء في المقاييس الفرعية أو الدرجة الكلية والتي يعد بموجبها في وضع أفضل كلما انخفضت هذه الدرجة حيث يدل ذلك على انخفاض معدل تأثره بالاضطراب، أما الدرجة المرتفعة فتدل على أنه يعتبر أكثر تأثراً بالاضطراب .

جدول (1) الرتب المئينية لدرجات الأفراد التوحديين على قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

الشدة	الرتب المئينية	التواصل اللفظي	الاجتماعية	الوعي الحسي المعرفي	المشكلات الصحية	الدرجة الكلية
بسيط	9 -0	2 -0	4 -0	5 -0	8 -0	30 -0
↑	19 -10	5 -3	7 -5	8 -6	12 -9	41 -31
	29 -20	7 -6	10 -8	11 -9	15 -13	50 -42
	39 -30	10 -8	11	13 -12	18 -16	57 -51
	49 -40	12 -11	13 -12	15 -14	21 -19	64 -58
	59 -50	15 -13	15 -14	17 -16	24 -22	71 -65
	69 -60	19 -16	18 -16	19 -18	28 -25	79 -72
	79 -70	21 -20	21 -19	21 -20	32 -29	89 -80
↓	89 -80	24 -22	25 -22	25 -22	39 -33	103 -90
حاد	99 -90	28 -25	40 -26	36 -26	75 -40	179-104

د- الصـــــــدق :

تم استخدام العديد من الأساليب في سبيل التحقق من صدق هذا المقياس مثل صدق المحتوى الذي تم في إطار ما تضمنه البند (ب) السابق وذلك على أثر تطبيق هذه القائمة على عينة معيارية قوامها 1358 فرداً من الأشخاص التوحديين الذين يتلقون العلاجات المختلفة للحد من أعراض اضطراب التوحد. وفي ضوء ذلك كان معامل تمييز بنود المقياس دالاً، وكانت قيم (ر) الدالة على ارتباط البنود بالدرجة الكلية دالة إحصائياً. وأوضحت نتائج صدق المحك أن هذا المقياس يتمتع بمعدلات صدق عالية حيث أوضحت معاملات الصدق التلازمي التي تم التوصل إليها باستخدام قائمة السلوك التوحدي Autistic Behavior Checklist ABC التي أعدها كروج وأريك وألموند (1993)

Krug, Arick, &Almond أنها كانت معاملات عالية وذات دلالة إحصائية، كما وجدت ارتباطات موجبة دالة وقوية بين المقاييس الفرعية التي يتضمنها هذا المقياس وقائمة مراجعة السلوك التوحدي فضلاً عن الارتباط الدال بين الدرجات المعيارية للمقياس ودرجات تلك القائمة، وقد تراوحت قيم (ر) بين 0.41 – 0.89 للتواصل اللفظي، 0.25 -0.83 للاجتماعية، 0.21 -0.74 للوعي الحسي المعرفي، كما تراوحت بين 0.17 - 0.70 للمشكلات الصحية، 0.49 -0.91 للدرجة الكلية .

كذلك فقد تم قياس قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات التشخيصية المختلفة التي ضمت المتخلفين عقلياً، والمضطربين انفعالياً، وذوي صعوبات التعلم، واتضح وجود فروق دالة بين المجموعتين لحساب مجموعة التوحديين مما يعني أن هذه القائمة يمكنها التمييز بينهم وبين غيرهم من المجموعات الأخرى وهو الأمر الذي تم التأكد منه أيضا عن طريق المقارنة بين مجموعة التوحديين وكل مجموعة من هذه المجموعات على حدة حيث كانت الفروق دالة إحصائياً عند 0.01 في حين كان بعضها دالاً عند 0.05 وذلك لحساب مجموعة التوحديين. وعند حساب العلاقة بين الأبعاد أو المقاييس الفرعية لهذا المقياس كانت قيم (ر) دالة عند 0.01 وقد تراوحت تلك القيم عامة بين 0.917 - 0.384 .

وعلى هذا الأساس يتضح أن هذه القائمة تتمتع بناء على هذه النتائج بمعاملات صدق مناسبة يمكن الاعتداد بها والوثوق فيها، والاعتماد بالتالي عليها في تشخيص حالات اضطراب التوحد بين الأطفال .

هـ- الثبـــــات :

تم اللجوء إلى عدة أساليب لحساب ثبات القائمة حيث تم استخدام إعادة تطبيق المقياس على عينة (ن= 35) بمتوسط عمري يقدر بعشر سنوات وسبع شهور وذلك بعد أسبوعين من التطبيق الأول من خلال الوالدين والمعلمين. وكانت النتائج كالتالي :

جدول (2) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

المقيـــــــــاس	مجموعة الآباء		مجموعة المعلمين	
	معامل الثبات	الدلالة	معامل الثبات	الدلالة
التواصـــــــــــل اللفـــــــــظي	0.85	0.01	0.80	0.01
الاجتماعيـــــــــــــــــــــــــــة	0.83	0.01	0.76	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.91	0.01	0.77	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.89	0.01	0.85	0.01
الدرجـــــــــــة الكليـــــــــة	0.87	0.01	0.81	0.01

كما تم من جهة أخرى حساب معاملات الثبات عن طريق التجزئة النصفية حيث استخدم معدا القائمة طريقة التجزئة النصفية لبيرسون وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية للمقاييس الفرعية وللمقياس ككل بين 0.815- 0.942 وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند 0.01 . ويوضح الجدول التالي هذه النتائج :

جدول (3) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

المقياس	قيمة ر	الدلالة
التواصـــــــــــل اللفـــــــــظي	0.920	0.01
الاجتماعيـــــــــــــــــــــــــــة	0.836	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.875	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.815	0.01
الدرجـــــــــــة الكليـــــــــة	0.942	0.01

وبذلك يتضح أن هذه القائمة تتمتع بمعاملات ثبات مناسبة يمكن الاعتداد بها والوثوق فيها، والاعتماد بالتالي عليها في تشخيص حالات التوحد بين الأطفال .

الصورة العربية للقائمة

لا تختلف الصورة العربية لهذه القائمة عن صورتها الأجنبية الأصلية نظراً لأننا نتعامل مع تشخيص للاضطراب وهو الأمر الذي لا يختلف باختلاف البيئة حيث يوجد هناك دليلان أساسيان للتشخيص يتم الاحتكام إليهما في سبيل ذلك على مستوى العالم بأسره هما التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة أو ما يعرف بالتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD- 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO والذي صدرت ترجمة عربية له في عام (1999)، ودليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA .

وقد عملنا عند تعريب هذه القائمة كمقياس تشخيصي على الاحتفاظ بكل المكونات التي تتضمنها نظراً لأن هدفها الأساسي هو الوصول إلى تشخيص دقيق وصادق للطفل فيما يتعلق باضطراب التوحد فضلاً عن التعرف على إمكانية تعرضه لهذا الاضطراب وهو الأمر الذي يتضح بصورة أكثر جلاء إذا ما وضعنا في اعتبارنا الرتبة الميئينية لدرجات هذا الفرد مما يسهم بشكل كبير في التعرف على احتمال تعرضه لذلك الاضطراب بجانب احتمال حدوث تغيرات إيجابية له نتيجة لما يتلقاه من تدخلات .

وللتحقق من صدق هذه القائمة وثباتها في البيئة العربية تم تطبيقها على آباء ومعلمي أربع مجموعات من الأطفال مختلفي الإعاقات كما يلي :

1- مجموعة الأطفال التوحديين : تألفت هذه المجموعة من 35 طفلاً يتلقون الرعاية بعدد من المراكز والجمعيات الأهلية في محافظات القاهرة، والإسكندرية، والدقهلية، والشرقية تتراوح أعمارهم بين 6- 15 سنة بمتوسط 11.3 وانحراف معياري 2.7 أما عن نسب ذكائهم فقد كانت تتراوح بين 50- 69 على مقياس جودارد بمتوسط 62.8 .

2- مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً : وضمت 41 طفلاً من الملتحقين بمدارس التربية الفكرية في كل من القاهرة والزقازيق والمنصورة في نفس المستوى العمري لمجموعة الأطفال التوحديين بمتوسط 10.7 وانحراف معياري 1.9 كما كانوا في نفس مستوى الذكاء بمتوسط 63.4 .

3- مجموعة الأطفال المتأخرين دراسياً : وتألفت من 36 طفلاً بالمرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين 8- 12 سنة بمتوسط 10.1 وانحراف معياري 2.2 ، وتتراوح نسب ذكائهم بين 80- 89 بمتوسط 84.6 وانحراف معياري 7.11 .

4- مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم : وضمت هذه المجموعة 34 طفلاً بالمرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين 8- 12 سنة بمتوسط 10.01 وانحراف معياري 2.63 ، كما تراوحت نسب ذكائهم بين 90- 110 بمتوسط 105.8 وانحراف معياري 8.9 .

وتم على أثر ذلك استخدام أكثر من أسلوب واحد من تلك الأساليب التي تتبع في سبيل التحقق من الصدق، ومن مثيلاتها التي يمكن أن تستخدم للتحقق من الثبات وذلك على النحو التالي :

أولاً : صـــدق المقيـــاس

تم استخدام عدة أساليب للتحقق من صدق هذا المقياس في البيئة العربية وذلك بعد الاكتفاء فيما يتعلق بصدق المضمون بما تم الاحتكام إليه في البيئة الأجنبية حيث تم تصميمه في الأصل في ضوء ما حددته الجمعية الأمريكية للتوحد، والجمعية الأمريكية للطب النفسي بخصوص هذا الموضوع وهو الأمر الذي لا يمكن مطلقاً أن يختلف مهما اختلفت البيئة .

- صدق المحك :

تم استخدام مقياس الطفل التوحدي الذي قمنا بإعداده (2001) كمحك خارجي، وتم تطبيق المقياسين على آباء ومعلمي مجموعة الأطفال التوحديين التي أشرنا إليها من قبل. وبحساب معاملات الارتباط بين استجابة كل منهما على المقياسين كانت النتائج كما يلي :

جدول (4) معاملات الارتباط بين درجات مجموعة الأطفال التوحديين

على قائمة ATEC ومقياس الطفل التوحدي

الأبعاد	استجابة الآباء		استجابة المعلمين	
	قيمة ر	الدلالة	قيمة ر	الدلالة
التواصل اللفظي	0.75	0.01	0.77	0.01
الاجتماعية	0.82	0.01	0.86	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.69	0.01	0.70	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.67	0.01	0.62	0.01
الدرجة الكلية	0.78	0.01	0.71	0.01

ويتضح من الجدول أن قيم (ر) للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية دالة عند 0.01 وهو ما يسهم في تحقيق صدق هذا المقياس .

- الصدق التمييزي :

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق التأكد من قدرة هذا المقياس على التمييز بين الفئات المختلفة سواء من الأطفال التوحديين أو غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى وهو الأمر الذي يمكننا من خلاله أن نحدد أننا يمكن أن نستخدم هذا المقياس في سبيل التعرف على الأطفال التوحديين وتشخيصهم أم لا. وتم في سبيل ذلك تطبيق هذا المقياس على آباء أربع مجموعات من الأطفال تتمثل في المجموعات التالية :

1- مجموعة الأطفال التوحديين .
2- مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً .
3- مجموعة الأطفال المتأخرين دراسياً .
4- مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم .

وبعد تصحيح الاستجابات، وتقدير الدرجات لكل مقياس فرعي، وحساب الدرجة الكلية في القائمة ككل تمت المقارنة بين هذه المجموعات الأربع في كل بعد أو مقياس

فرعي متضمن فضلاً عن الدرجة الكلية للقائمة، وكانت نتائج هذه المقارنة كما توضحها الجداول التالية :

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام لمجموعات التقنين الأربع

الأبعــــــاد	الأطفال التوحديون ن= 35		الأطفال المتخلفون عقلياً ن= 41		الأطفال المتأخرون دراسياً ن= 36		الأطفال ذوو صعوبات التعلم ن= 34	
	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
التواصل اللفظي	17.32	3.11	8.13	2.03	5.95	1.68	5.31	1.60
الاجتماعيـــــة	25.83	5.04	15.07	3.53	8.54	2.03	8.49	1.99
الوعي الحسي المعرفي	22.17	4.15	20.25	4.33	16.45	3.27	16.31	3.25
المشـــكلات الصحيـــة	42.19	6.12	24.17	5.24	15.11	2.42	14.77	2.66
الدرجـــة الكليـــــة	135.11	12.60	78.43	9.22	50.21	8.17	50.17	8.05

جدول (6) نتائج تحليل التباين الأحادي أو البسيط (قيمة ف) للفرق بين متوسطات درجات لمجموعات التقنين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
التواصل اللفظي	بين المجموعات	3248.84	3	1082.95	21.17	0.01
	داخل المجموعات	7264.72	142	51.16		
	المجمـــــــوع	10513.56	145			
الاجتماعيـة	بين المجموعات	7013.08	3	2337.69	19.95	0.01
	داخل المجموعات	16642.40	142	117.20		
	المجمـــــــوع	23655.48	145			

الوعي الحسي المعرفي	بين المجموعات	892.85	3	297.62	8.87	0.01
	داخل المجموعات	4764.10	142	33.55		
	المجمـــــــوع	5656.95	145			
المشكلات الصحية	بين المجموعات	17322.92	3	5774.31	17.62	0.01
	داخل المجموعات	46534.82	142	327.71		
	المجمـــــــوع	63857.74	145			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	142934.76	3	47644.92	21.54	0.01
	داخل المجموعات	314094.06	142	2211.93		
	المجمـــــــوع	457028.82	145			

قيمة ف الجدولية عند (3 ، 142) 0.05 = 2.67

0.01 = 3.91

جدول (7) قيم (ت) ودلالتها للفرق بين متوسطات درجات

مجموعات التقنين على قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحـد

الأبعـاد	المجموعــة	1	2	3	4
التواصـل اللفـظي	**1- الأطفال التوحديون** **ن= 35 ، م=17.32 ، ع=3.11**	-			
	2- الأطفال المتخلفون عقلياً **ن=41 ، م=8.13 ، ع= 2.03**	**15.07** **0.01**	-		
	3- الأطفال المتأخرون دراسياً **ن=36 ، م=5.95 ، ع=1.68**	**18.95** **0.01**	**5.07** **0.01**	-	
	4- الأطفال ذوو صعوبات التعلم **ن= 34 ، م=5.31 ، ع=1.60**	**19.69** **0.01**	**6.56** **0.01**	**1.60** غير دالة	-

الاجتماعية	1- التوحديون م= 25.83 ، ع = 5.04	–	10.76 0.01	18.59 0.01	18.45 0.01
	2- المتخلفون عقلياً م= 15.07 ، ع = 3.53		–	9.60 0.01	9.54 0.01
	3- المتأخرون دراسياً م= 8.54 ، ع= 2.03			–	0.10 غير دالة
	4- ذوو صعوبات التعلم م= 8.49 ، ع= 1.99				–
الوعي الحسي المعرفي	1- التوحديون م= 22.17 ، ع= 4.15	–			
	2- المتخلفون عقلياً م= 20.25 ، ع= 4.33	1.94 0.05	–		
	3- المتأخرون دراسياً م= 16.45 ، ع = 3.27	6.36 0.01	5.39 0.01	–	
	4- ذوو صعوبات التعلم م = 16.31 ، ع= 3.25	6.44 0.01	5.43 0.01	0.18 غير دالة	–
المشكلات الصحية	1- الأطفال التوحديون م= 42.19 ، ع= 6.12	–			
	2- الأطفال المتخلفون عقلياً م= 24.17 ، ع= 5.24	13.65 0.01	–		
	3- الأطفال المتأخرون دراسياً م= 15.11 ، ع=2.42	24.18 0.01	9.44 0.01	–	
	4- الأطفال ذوو صعوبات التعلم م= 14.77 ، ع = 2.66	23.64 0.01	9.44 0.01	0.55 غير دالة	–
الدرجة الكلية	1- التوحديون م= 135.11، ع = 12.60	–	22.23 0.01	33.16 0.01	32.80 0.01
	2- المتخلفون عقلياً م= 78.43 ، ع = 9.22		–	13.97 0.01	13.92 0.01
	3- المتأخرون دراسياً م= 50.21 ، ع = 8.17			–	0.02 غير دالة
	4- ذوو صعوبات التعلم م = 50.17 ، ع = 8.05				–

ويتضح من الجدول أن الفروق بين مجموعة الأطفال التوحديين وكل مجموعة من المجموعات الأخرى دالة عند 0.01 في غالبيتها وعند 0.05 في بعضها القليل جداً وذلك لحساب الأطفال التوحديين وهو ما يعني أن هذا المقياس يميز بينهم وبين غيرهم من المجموعات الأخرى. أما بالنسبة لباقي المجموعات فقد كانت الفروق بينهم دالة لحساب الأطفال المتخلفين عقلياً، أما الفروق بين الأطفال المتأخرين دراسياً وأقرانهم ذوي صعوبات التعلم فلم تكن دالة إحصائياً.

ويتضح من النتائج السابقة أن هذا المقياس في صورته العربية يتمتع بمعاملات صدق عالية وذات دلالة إحصائية مما يجعلها أجدى إلى الاعتداد بها، وبالتالي يمكن أن نستخدمه في سبيل تشخيص اضطراب التوحد حيث كما يتضح من نتائج الصدق التمييزي أنه يمكن أن يميز بين الأطفال التوحديين وغيرهم من فئات غير العاديين .

ثانياً : ثبـات المقيـاس

تم استخدام عدة أساليب في سبيل حساب ثبات المقياس والتأكد من ذلك. ومن ثم فقد استخدمنا طرق إعادة التطبيق، والاتساق الداخلي، والتقريرات البينية إلى جانب التجزئة النصفية. ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي :

- إعادة التطبيـق :

تم تطبيق هذا المقياس على عينة من آباء الأطفال التوحديين (ن= 20) ثم إعادة تطبيقه عليهم بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول. وبعد تصحيح الاستجابات وتقدير الدرجات كانت قيم ر (معاملات الثبات) بين الدرجات في التطبيقين كما يلي :

جدول (8) معاملات ثبات الصورة العربية للقائمة بإعادة التطبيق

الأبعـاد	معامل الثبـات	الدلالـة
التواصـل اللفـظي	0.85	0.01
الاجتماعيـة	0.94	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفـي	0.81	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.79	0.01
الدرجـة الكليـة	0.89	0.01

ويتضح من الجدول أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس أو المقاييس الفرعية التي يتألف منها فضلاً عن درجته الكلية دالة جميعاً عند 0.01 وهو الأمر الذي يؤكد أن هذا المقياس يتمتع بقدر معقول من الثبات .

- الاتساق الداخلي :

تم حساب الاتساق الداخلي للقائمة الذي يعتمد على الخطأ المعياري لبنودها وذلك باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ على عينة من الآباء (ن= 33)، وكانت النتائج كما يلي :

جدول (9) نتائج الاتساق الداخلي لأبعاد القائمة والدرجة الكلية

الأبعاد	معامل الثبات	الدلالة
التواصل اللفظي	0.87	0.01
الاجتماعية	0.95	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.91	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.84	0.01
الدرجة الكلية	0.90	0.01

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس والدرجة الكلية تعتبر جميعها دالة عند 0.01 وهو ما يدل على أنه يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

- التقديرات أو التقارير البينية :

تم حساب ثبات التقريرات البينية لمحكمين أو مختبرين مختلفين وذلك بين أزواج من المعلمين، ومن الآباء أي الآباء والأمهات، ومن الآباء والمعلمين (ن= 21 في كل حالة) وذلك للتأكد من إمكانية استخدام المقياس مع مختلف المختبرين وتحديد مدى الثقة في تماثل تقاريرهم. ويوضح الجدول التالي هذه النتائج .

جدول (10) ثبات التقريرات البينية للصورة العربية من

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد ATEC

الأبعــــــاد	بين الآباء	بين المعلمين	بين الآباء والمعلمين
التواصـــــــل اللفــــــظي	0.92	0.73	0.82
الاجتماعيـــــــــــــــة	0.91	0.80	0.88
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.95	0.91	0.90
المشكلات الصحيـــة والجسميـــة	0.89	0.79	0.77
الدرجـــــــة الكليـــــــة	0.94	0.85	0.88

ونظراً لدلالة هذه القيم جميعاً عند 0.01 فإن ذلك يعد مؤشراً جيداً على ثبات القائمة حيث يؤكد على تماثل النتائج التي يمكن أن يحصل عليها مختلف المختبرين .

- التجزئـــة النصفيـــة :

تم حساب الثبات بطريقة سبيرمان للتجزئة النصفية وذلك بحساب الارتباط بين البنود الفردية والزوجية وذلك لاستجابة مجموعة من الآباء (ن= 22)، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي :

جدول (11) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

الأبعـــــــــــــاد	معامل الثبات	الدلالـة
التواصـــــــل اللفــــــظي	0.93	0.01
الاجتماعيـــــــــــــــة	0.95	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفـي	0.89	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.87	0.01
الدرجـــــــة الكليـــــــة	0.91	0.01

ويتضح من الجدول أن معاملات الثبات دالة عند 0.01 وهو ما يؤكد ثبات الصورة العربية من هذا المقياس . وتؤكد هذه النتائج مع النتائج السابقة إجمالاً على أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة يمكن الاعتداد بها .

أما عن معايير هذا المقياس فنحن نفضل في الوقت الراهن استخدام المعايير التي أعدها معداه نظراً لأنه من الصعب الحصول على عينة معيارية في البيئة العربية من ناحية، وثبات محكات التشخيص عالمياً من ناحية أخرى. وقد حاولنا أن نقوم بهذه المهمة على مجموعة من الأطفال في عدة محافظات ضمت القاهرة، والإسكندرية، والبحيرة، والشرقية، والدقهلية، وبور سعيد، وبني سويف، والفيوم بلغ عدد أفرادها 141 طفلاً، إلا أن المؤشرات الأولية لها قد شهدت بعض الاختلاف نظراً لأنها ليست عينة معيارية مما جعلنا نتراجع عن ذلك في الوقت الراهن، ونكتفي بالمعايير التي تم التوصل إليها في النسخة الأجنبية (الأصلية) من القائمة وهي المعايير التي أشرنا إليها سلفاً .

******

المراجـــع

1- عادل عبدالله محمد (2004)؛ الإعاقات العقلية . القاهرة، دار الرشاد .

2- عادل عبدالله محمد (2002)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد .

3- عادل عبدالله محمد (2001)؛ مقياس الطفل التوحدي. القاهرة، دار الرشاد .

4- منظمة الصحة العالمية (1999)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريريـة (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية؛ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

5. American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. , DSM- IV, Washington, DC: author.
6. Borden, M.C. & Ollendick, T.H.(1992) ; The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin(eds.); Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
7.Detroit Medical Center (1998) ; Autism: causes and symptoms. Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.
8.Dorman, Ben &Lefever, Jennifer(1999); What is autism? Bethesda, MD, Autism Society of America.
9. Hauck, M. et.al.(1995) ; Social imitations by autistic children to adults and other children. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 25, n 3.
10. Howlin , Patricia (1997) ; Treating children with autism and Asperger syndrome : A guide for carers and professionals. Chichester, Wiley.
11.Krug, D.A., Arick, J.R., &Almond, P.J. (1993); Autism screening instrument for educational planning . 2nd ed., Austin , TX: Pro- ed Inc.
12. Newsom,C. &Hovanitz, C.(1997);Autistic disorder.In E.Mash & L. Terdal (eds.) ; Assessment of childhood disorders. 3rd ed., New York: Guilford Press.
13.Stone, W. et.al. (1999) ; Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? Journal of Child Psychology and Psychiatry, v 40, n 2.
14.Volkmar,F.R.(1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 26, n 1.
15.World Health Organization (1992); The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidlines. Geneva, author.

عربية للطباعة والنشر
١٠-٧ شارع السلام أرض اللواء المهندسين - تليفون : ٣٢٥٦٠٩٨-٣٢٥١٠٤٣